

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Бобруйская городская больница скорой медицинской помощи, Республика Беларусь

В статье проведен анализ лечения 15 больных с инородными телами мочевого пузыря. Приведены клиническая картина, методы диагностики, наступившие осложнения. Определена тактика лечения таких больных, приведены отдаленные результаты лечения.

Инородные тела мочевого пузыря у больных с заболеванием урогенитальной системы встречаются нередко (1-8). Различные предметы проникают в мочевой пузырь естественным путем, т.е. по уретре или по мочеточнику и через стенку мочевого пузыря (резиновые и эластические катетеры, проволока, наконечники, марлевые тампоны, термометры, карандаши, булавки, пули, кусочки стекла и др.).

Обобщая литературные данные причин миграции инородных тел в мочевой пузырь (1-8), можно распределить их на следующие основные группы:

- открытые огнестрельные ранения и травмы как в мирное, так и в военное время;
- случайное оставление их при операциях на мочевом пузыре и вследствие инструментальных манипуляций;
- миграция инородных тел в результате гнойно-некротического процесса в окружающих органах и тканях;
- насильственное их введение в уретру на почве психических отклонений и с целью мастурбации (наиболее частая причина) (1).

Цель настоящей работы - изучить частоту выявления инородных тел по возрасту и полу, раннюю клиническую картину и наступившие осложнения; диагностику и отдаленные результаты проведенной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением с 1986 по 1995 г. находились 15 больных с инородными телами мочевого пузыря в возрасте от 15 до 52 лет, в т.ч. 7 женщин и 8 мужчин. В работе использованы клинические, параклинические, рентгенологический и ультразвуковой методы исследования.

Клиническое обследование больных заключалось в изучении анамнеза, симптомов заболевания, сопутствующей патологии. Параклиническое обследование предусматривало проведение анализов крови, мочи, кала, биохимических и функциональных исследований. Рентгенологическое обследование (обзорная рентгенография мочевой системы и внутривенная урография) проводилось всем больным. В последние годы стали использовать УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Диагноз большинства инородных тел мочевого пузыря ставится на основании анамнеза, цистоскопического и рентгенологического исследований. При невозможности проведения цистоскопического исследования определенную информацию можно получить с помощью УЗИ. При расположении инородного тела в стенке пузыря над слизистой оболочкой

(непроникающее ранение мочевого пузыря) при цистоскопии определяется буллезный отек и гиперемия.

Результаты выявления инородных тел в мочевом пузыре представлены в таблице 1.

Инфицированные инородные тела, в зависимости от величины, формы и состава, раньше проявляются различными осложнениями (острый и подострый циститы, эпидидимит, орхидидимит и др.), что заставляет больного обращаться за медицинской помощью (1-3, 5,7). Иногда даже длительное пребывание инородного тела в мочевом пузыре мало нарушает общее состояние больного (1).

Попавшие в мочевой пузырь инородные тела с течением времени подвергаются инкрустации за счет отложения фосфорно-кислых и углекислых солей, реже мочеислых (7). Спорным является вопрос о том, подвергаются ли инкрустации стеклянные и восковые предметы (7).

Клиническая картина инородных тел мочевого пузыря зависит от величины и формы инородного тела. Небольшие инородные тела мочевого пузыря могут выделяться самостоятельно во время акта мочеиспускания. Длинные, неправильной формы, а особенно остроконечные инородные тела (термометры, шпильки, карандаши и др.) проявляются резко выраженными дизурическими расстройствами.

Вначале развивается клиника подострого цистита: воспалительный процесс захватывает стенку мочевого пузыря и клинически протекает по типу щелочного цистита с выраженной дизурией (7). В ранней клинической картине у некоторых больных с длинными остроконечными инородными телами наступает острая задержка мочи вследствие обтурации внутреннего отверстия уретры.

Таблица 1

Инородные тела, выявленные в мочевом пузыре

N N п/п	Название инородных тел	Пол		В о з р а с т				
		м	ж	10- 20	21- 30	31- 40	41- 50	51- 60
1.	Шпилька	-	1	-	-	-	-	-
2.	Термометр	1	-	-	-	1	-	-
3.	Резиновый и эластичный катетеры	-	3	-	1	1	-	-
4.	Карандаш	2	1	2	1	-	-	-
5.	Шариковая авторучка	3	-	-	-	1	1	1
6.	Наконечник от клизмы	2	-	1	-	-	-	1
7.	Булавка	-	2	-	-	1	1	-

Осложнения, выявленные нами при клиническом обследовании больных с инородными телами мочевого пузыря, представлены в таблице 2.

Клиническая картина в разгаре заболевания характеризуется учащенным, с резами, мочеиспусканием с примесью крови, болями в промежности и внизу живота, повышением температуры тела. В последующем могут присоединяться и другие осложнения (эпидидимит, орхидидимит и др.).

В клиническом аспекте представляет интерес миграция в мочевой пузырь длинных остроконечных инородных тел, осложнившихся острой задержкой мочи. Мы наблюдали троих таких больных.

Приводим одно из наших наблюдений.

Больной М., 16 лет, поступил в урологическое отделение Бобруйской городской больницы скорой медицинской помощи 8 декабря 1995 г. с жалобами на боли над лоном, субфебрильную температуру тела, задержку мочи. Со слов больного, с целью эрекции и в

последующем для мастурбации ввел через наружное отверстие мочеиспускательного канала в уретру округлой поверхности карандаш. Ввиду невозможности самостоятельного мочеиспускания в течение 10 часов поступил в урологическое отделение.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 37,4оС. Кожные покровы обычной окраски. В легких - везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые. Пульс 80 в мин., ритмичный. Артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот симметричный, мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул в норме.

Таблица 2. Осложнения инородных тел мочевого пузыря

NN п/п	Название осложнений	Пол		В о з р а с т				
		м	ж	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60
1.	Цистит	1	4	-	-	-	-	-
2.	Острая задержка мочи	3	3	1	3	-	1	-
3.	Эпидидимит	3	-	-	1	-	-	-
4.	Орхиэпидидимит	1	-	-	-	-	1	-

При пальцевом исследовании прямой кишки патологических изменений не выявлено, предстательная железа обычных размеров и консистенции. Область почек не изменена, почки не пальпируются. Наружные половые органы без изменений.

Анализ крови: эритроциты - $5,5 \times 10^{12}/л$; Нв - 161 г/л; цветной показатель 1,0; лейкоциты - $9,1 \times 10^9/л$; эоз.-0; пал. - 0,6; сегм. - 0,76; лимф. - 0,10; мон. 0,03; СОЭ 11 мм/ч. Биохимический анализ крови без патологии.

В анализах мочи выявлены пиурия и микрогематурия. На УЗИ мочевого пузыря - инородное тело большой длины. 8 декабря 1995 г. произведена операция: высокое сечение мочевого пузыря, удаление инородного тела (рис.1). Выполнена эпицистостомия. Течение послеоперационного периода гладкое, цистостома удалена на 11 сутки, самостоятельное мочеиспускание восстановилось. Больной выписан на 14 сутки после операции.

Всем больным, поступившим с небольшими инородными телами мочевого пузыря произведено их удаление консервативным эндоуретральным путем с помощью операционного цистоскопа.

Все остальные пациенты с длинными остроконечными инородными телами были оперированы с хорошими послеоперационными результатами.

Отдаленные результаты у всех больных хорошие.

ВЫВОДЫ

1. Все инородные тела, обнаруженные в мочевом пузыре, подлежат удалению.
2. Извлечение инородных тел из мочевого пузыря производится эндовезикальным и оперативным путями.
2. Остроконечные, неправильной формы, стеклянные и большого размера в длину и в объеме инородные тела (особенно у мужчин) необходимо удалять оперативным путем - надлобковым сечением мочевого пузыря, что избавляет пациента от вторичных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акулович А.И., Ломакин А.В., Гандлин М.М., Тихонов А.И., Лотыш Г.В. Случай миграции стеклянного инородного тела в мочевой пузырь // Здравоохран.Белоруссии. - 1990. - N 12. - С.55-56.

2. Болаташвили И.Ф., Фильченко А.С., Пожидаев А.А. Редкое наблюдение повреждения мочевого пузыря // Урол. и нефрол. - 1987. - N 1. - С.58.

3. Гусев Н.Н. Об инородных телах мочевого пузыря у мужчин // Урол. и нефрол. - 1987. - N 6. - С.52-53.

4. Куш Н.Л., Литовка В.К. Об инородных телах мочевого пузыря у детей // Урол. и нефрол. - 1976. - N 6. - С.55-56.

5. Первичная помощь в урологии / Под ред. С.Раус: Пер. с . - М., 1976. - С.37-42.

6. Песин А.Л. Инородные тела влагалища как причина мочеполовых свищей у девочек // Урол. и нефрол. - 1976. - N 1. - С.65-66. 7. Руководство по клинической урологии / Под ред. А.Я.Пытеля. - М., 1970. С.85-89. 8. Травмы и хирургические заболевания органов таза и наружных половых органов / Под ред.М.Н.Жуковой. - М., 1969. - С.460-471.

Поступила 21.04.96 г.

FOREIN BODIES OF THE BLADDER

Aculovich A.N., Belogurov V.A.

15 patients with forein bodies of the bladder were analyzed. Clinical picture, diagnostic methods, complications are described. Therapy tactics of such patients is determined. Remote results of this treatment are given.

Канд. мед. наук В.И.Морхат, проф. И.В.Морхат

МЕТОДИКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕРАССЛАБЛЯЮЩЕГОСЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ФИКСИРУЮЩЕГО ШВА

Витебский медицинский институт, Республика Беларусь

Разработан хирургический узел, позволяющий наложить прочный нераспускающийся шов. При формировании узла на первом этапе из одного конца шва образуют петлю, в которую проводят второй конец. После чего шов затягивают. Затем из нити второго конца также образуют петлю, в которую проводят первый конец шва. Вторую петлю стараются затянуть так, чтобы она легла под первую затянутую петлю. Узел успешно испытан при 450 экстракциях катаракты и 20 хирургических обработках проникающих корнеосклеральных ранений.

Широкое использование в офтальмохирургии нитей из синтетического материала, идеально скользящего при прохождении сквозь прошиваемые ткани, выдвинуло проблему их надежного завязывания ввиду эластичности моноволокна, склонности к расслаблению и самопроизвольному развязыванию узла из этих нитей (1,4,6). Классический морской и хирургический (с двойным перехлестом концов) узел, обязательный при использовании гладкого моноволокна (1), как правило расходится при образовании второй петли, а после ее завязывания тоже склонен к расслаблению, что вынуждает делать третью и даже четвертую